4e Année. No 3. 1er Mars 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

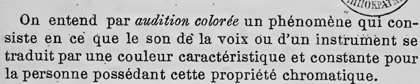
4e Année. N° 3. 1er Mars 1883

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'audition colorée

Par le Dr J. Baratoux.



On entend par *audition colorée* un phénomène qui consiste en ce que le son de la voix ou d'un instrument se traduit par une couleur caractéristique et constante pour la personne possédant cette propriété chromatique.

Ainsi quelques individus peuvent donner une couleur verte, rouge, jaune à tout bruit, à tout son qui vient frapper leur oreille.

Ce phénomène bizarre, a été signalé pour la première fois en Allemagne par Nussbaumer. C'est dans le commencement de janvier 1873, que ce docteur publia son observation dans le *Wiener medic. Wochenschrift.* Chaque sensation acoustique déterminait une sensation visuelle, telle que chaque ton était accompagné d'une sensation colorée constante. Les sons se traduisaient tantôt par la couleur bleue, tantôt par la couleur brune ou jaune. Dès son enfance, cet auteur avait présenté ce phénomène

qui se produisait aussi chez son frère. Peu à près un étudiant en médecine publia sa propre observation, et vint confirmer ainsi l'opinion de Nussbaumer en déclarant que lui aussi était doué de cette propriété chromatique. Depuis cette époque, un certain nombre d'auteurs, Lehmann et autres apportèrent de nouveaux faits qui montrèrent que cette faculté bizarre n'était pas le propre de quelques-uns, car on signala jusqu'à 596 personnes atteintes de cette maladie, en Allemagne seulement. Dans le courant du mois d'octobre 1881, le *London medical Record* publiait à son tour un article sur ce sujet; il proposait d'appeler cette propriété chromatique « colour hearing, » terme qu'il empruntait au *Medicin. Neugkeiten* et à la *Lancet Cincinnati*.

En France, on s'occupa peu de cette affection; cependant, Pouchet et Tourneux, à la page 396 de leur *P. écis d'Histologie humaine et d'Histogénie* (2me édition), disent qu'on a signalé des perceptions chromatiques dérivant d'impressions acoustiques, sans doute, par suite d'un trajet anormal des fibres nerveuses venant de l'oreille. Nous trouvons encore quelques lignes sur ce sujet, à la page 24 de l'article Rétine du *Dictionnaire des sciences médicales*; quelques courtes observations accompagnent le résumé de l'observation de Nussbaumer.

Tout récemment, M. Pedrono ayant eu l'occasion de rencontrer un professeur de rhétorique atteint de cette affection, a publié le résultat de ses observations dans les *Annales d'oculistique*, de Warlomont. Dans l'étude qui va suivre, nous mettrons à contribution les recherches de cet auteur.

Pour toute personne possédant l'*audition colorée*, chaque sensation acoustique, bruit, son, voix et accord se traduit par une couleur rouge, verte, bleue, jaune, etc.

C'est ainsi qu'un *bruit* quelconque détermine une image colorée qui serait sombre, grise ou brune, indéterminée pour ainsi dire, comme le bruit qui l'a produite. Si celui-ci est intense, la couleur sera plus accentuée, sans cependant changer de nuance. La *parole*, la conversation ordinaire se traduit par une couleur peu accentuée qui est toujours la même pour chaque personne. Cependant il existe des variétés de cette couleur dues à ce que cha-

que voyelle produit une coloration plus ou moins brillante, suivant qu'elle est plus ou moins haute. Ainsi l'*u* qui est la voyelle la plus basse déterminera la couleur la plus sombre, tandis que les voyelles *a* et *o* donneront une coloration plus éclatante. Quant aux consonnes, si ce n'est les sifflantes, elles ne se traduisent que par une très faible sensation colorée. Mais si la voix se fait entendre dans sa pleine émission, dans le chant, par exemple, elle pourra déterminer une sensation mieux caractérisée au point de vue chromatique; tout en conservant sa couleur elle varie cependant par l'intensité de sa coloration. Plus la voix s'élève, plus la couleur est vive, peu importe le ton, qu'il soit majeur ou mineur; ce n'est que le degré plus ou ou moins élevé de l'échelle musicale qui aura un effet sur les nuances de la coloration.

Dans un chœur, les voix conservent leur couleur propre, cependant certaines d'entre-elles sont plus éclatantes, elles correspondent alors aux chanteurs dont les voix sont dominantes. On ne trouve pas toutefois deux couleurs semblables, de même qu'il n'existe pas non plus deux voix semblables, elles peuvent avoir beaucoup de ressemblance, mais il y a toujours une légère différence de nuance.

Ce que nous venons de dire de la voix chantée s'applique également aux notes musicales. Chacune d'elles en effet, se traduit par une couleur d'autant plus brillante qu'elle est plus élevée. Il ne faut pas cependant croire que chaque note a une coloration propre, car les notes voisines se ressemblent entre elles tout en conservant certains traits différentiels. Un accord provoque les mélanges colorés qui se confondent de manière à ne former qu'une couleur quand l'accord est parfait, mais si l'accord est dissonnant, certaines couleurs se détachent alternativement pour prédominer chacune à leur tour au fur et à mesure qu'elles sont produites.

Ici, comme le ton n'a aucune action sur la production de l'image colorée, c'est la *hauteur* seule qui agit sur la nuance de la couleur; cela est facile à démontrer par la transposition d'un morceau de musique d'un ton dans un autre; la teinte ne change pas, elle devient seulement plus ou moins brillante, suivant que le ton est plus ou

moins élevé. L'*intensité* produit un effet analogue sur la coloration propre du son, si celui-ci est fort, la couleur est mieux caractérisée, s'il est faible, la teinte est moins tranchée. Mais il en sera tout autrement du *timbre*. C'est en effet le timbre qui détermine la couleur; avec chaque voix, avec chaque instrument, un même morceau de musique donnera une couleur différente. Ainsi, tel morceau qui, joué sur la clarinette paraîtra rouge, deviendra bleu exécuté sur le piano : c'est ce qu'a bien déterminé le professeur de rhétorique dont nous parlons plus haut. Disons encore que ce malade a reconnu que les voix agréables lui paraissaient jaunes.

De ce qui précède, nous voyons donc que chaque voix, chaque instrument a une couleur propre et constante, couleur due à son timbre; les deux autres qualités du son, hauteur et intensité, n'agissent que sur la nuance de la couleur produite par le timbre.

Comment ce phénomène si curieux de l'audition colorée se produit-il? Faut-il, comme Nussbaumer n'y voir qu'une exagération de sensibilité des centres chromatiques, déterminant une connexion intime entre le sens chromatique et le sens acoustique chez les personnes qui, dès leur jeunesse ont comparé les sens aux couleurs? Est-il préférable d'attribuer cette faculté à une erreur de l'esprit, comme le croit Bruehl? Ni l'une ni l'autre de ces explications ne nous paraissaient plausibles. Mieux vaudrait avec Pouchet et Tourneux attribuer cette bizarrerie des sens à « quelque trajet anormal des fibres nerveuses de l'oreille se rendant aux centres perceptifs exclusivement affectés d'ordinaire par les fibres du nerf optique. » A cette manière de voir M. Pedrono objecte qu'il faudrait une grande quantité de fibres nerveuses à suivre ce trajet anormal pour que toutes les excitations acoustiques puissent déterminer chacune une impression différente sur le centre chromatique.

M. Nouel met l'audition colorée sous la dépendance de l'irradiation nerveuse centrale. D'après, lui les vibrations de l'air seraient conduites par le nerf auditif au centre acoustique ; tant qu'elles ne dépasseraient pas un certain degré d'excitation, elles se localiseraient au centre, mais si celle-ci devenait plus forte, elle s'irradierait dans les

centres voisins qui répondraient à l'excitation primitive par une sensation variable avec la partie cérébrale irritée; c'est ainsi que le centre chromatique pouvant être impressionné, le sujet aura une perception chromatique analogue à celle due à une excitation directement transmise par le nerf optique. Cette théorie est encore peut-être moins à l'abri des objections que la précédente et M. Pedrono se demande pourquoi l'ébranlement nerveux ne s'irradie-t-il pas aussi du centre chromatique au centre auditif. En effet si ce centre chromatique était trop vivement impressionné, pourquoi des sons ne seraient-ils pas perçus par l'oreille de la personne douée de l'audition colorée? Il faudrait alors admettre que le centre ne reçoit pas la sensation trop vive ou qu'il n'y a pas de rapports de réprocité entre les couleurs et l'ouïe. Et puis l'on ne compren drait pas pourquoi l'irradiation nerveuse ne se ferait que vers le centre auditif; pouquoi les centres voisins du siège central de l'audition ne seraient-ils pas influencés de la même manière que le centre chromatique, il n'y aurait donc que celui-ci et celui de l'audition qui seraient aussi intimement unis.

Des faits précédents nous pouvons conclure que le centre chromatique est excité non-seulement par une impression venant de la rétine, mais par des agents irritants perçus par d'autres organes des sens. Est-ce directement que la sensation est conduite au centre chromatique, ou bien est-ce én passant par le centre auditif? Nous inclinerons vers cette dernière opinion, à l'exemple de M. Pedrono. N'est-il pas admis que les cellules de certains sens sont reliées avec d'autres centres plus ou moins éloignés par des conducteurs nerveux? Pourquoi donc ici ne pas admettre que certaines cellules auditives seraient unies à des éléments semblables de centre chromatique. Nous comprendrions alors facilement pourquoi telle cellule auditive irritée produirait toujours la même perception de couleur. Aussi admettrons-nous cette manière d'expliquer le rapport intime entre la perception d'un son et d'une couleur chez les personnes douées de ce phénomène bizarre appelé audition colorée.

Dr J. Baratoux.

L'accumulateur Faure et la galvano-caustie.

Par le Dr L. Bayer, de Bruxelles.

Si la galvano-caustie n'a pas fait son chemin dans le monde chirurgical, comme elle le mérite, et si elle ne tient pas encore, comme cautère, le premier rang dans presque toutes les spécialités (oreilles, nez, larynx, appareil uro-génital, etc.,) si même bien des praticiens non-seulement ne connaissent pas les avantages de cette méthode, mais encore ignorent son existence, il faut évidemment en rejeter la faute sur les appareils électromoteurs.

La plupart de ces derniers demandent de grands soins pour le montage, le démontage et le nettoyage, opérations qui prennent beaucoup de temps, quand on s'en sert souvent et presque journellement. Je ne parle pas des frais qu'ils entraînent, frais assez considérables déjà au point de vue de leur acquisition, pour empêcher beaucoup de médecins de faire usage du cautère électrique.

Ne suis-je pas moi-même, après huit ans de pratique, arrivé à employer mon cinquième appareil à galvano-caustie. J'ai usé complètement une grande batterie (Middeldorpf) de zinc et platine pendant les deux dernières années cependant je n'ai employé que la batterie de Voltolini.

Des raisons analogues peuvent être invoquées pour la pratique hospitalière, aussi ai-je cru utile de publier le résultat de mes expériences faites avec l'accumulateur Faure. Je recommanderai d'autant plus volontiers cet appareil que je ne sache pas que d'autres avant moi en aient tiré profit pour la galvano-caustie.

Tout le monde sait que l'accumulateur Faure est une pile secondaire, dont les électrodes sont en plomb et plongent dans de l'eau acidulée par l'acide sulfurique; pour donner rapidement à ses couples un pouvoir d'accumulation presque illimité, Faure recouvre les électrodes d'une couche de plomb spongieux, formée et retenue de la manière suivante :

Les deux lames de plomb du couple sont individuellement recouvertes de minium ou d'un autre oxyde de plomb insoluble, puis entourées d'un cloisonnement en

feutre, solidement maintenu par des vis en plomb; ces deux électrodes sont ensuite placés, l'un près de l'autre, dans un récipient contenant de l'eau acidulée. Le couple étant ainsi disposé, il suffit, pour le charger, de le faire traverser par un courant électrique qui amène le minium à l'état de peroxyde sur l'électrode positif et à l'état de plomb réduit sur l'électrode négatif. Dès que toute la masse a été électrolysée, le couple est formé et chargé.

Quand on le décharge, le plomb réduit s'oxyde, et le plomb peroxydé se réduit jusqu'à ce que le couple soit devenu inerte. Il est alors prêt à recevoir une nouvelle charge d'électricité.

Pratiquement, on peut emmagasiner ainsi dans une pile Faure de 75 kilogr. une grande quantité d'énergie capable de fournir un travail extérieur de un cheval-vapeur pendant une heure.

Je me suis donc procuré à la Compagnie Belge et Hollandaise d'Électricité, à Bruxelles, un accumulateur Faure de 8 kilogr. que j'ai installé sur ma table à côté de mon laryngoscope et d'autres instruments dont je me sers continuellement (1). Cet appareil permet de rougir pendant 5 minutes un fil de platine de $0^{m}00075$ de diamètre sur $0^{m}20$ de longueur; à l'expérience faite une demie heure après il rougissait encore, un fil de platine de $0^{m}00058$ sur $0^{m}2$ de largeur pendant 15 minutes. C'est donc plus qu'il ne m'en fallait pour rougir les galvanocautères, ceux de Voltolini. de Breslau et tous les instruments de Von Bruns travaillés plus grossièrement, sans en excepter le couteau galvanique (galvanoculter) de Von Bruns, qui représente une assez forte épaisseur.

Un accumulateur de 30 kilogr. devrait largement suffire aux grandes opérations, telles que : amputations de jambes et de bras, si l'on était encore tenté de les faire comme pendant le temps où j'étais médecin-aspirant à la clinique chirurgicale de Tubingen (chez le professeur Von Bruns), ablations de grandes tumeurs, etc.

L'accumulateur une fois monté et chargé conserve sa force très longtemps ; c'est ainsi que Van Ruyselberghe, à l'observatoire de Bruxelles, qui a eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition deux accumulateurs

(1) Cet accumulateur revient à 40 francs formé et chargé.

pour faire mes premiers essais, se sert du même accumulateur (de 8 kilogr.) pour son téléphone électrique pendant des mois entiers.

Pour maintenir mon accumulateur sur le point de la plus grande tension électrique possible, je l'ai mis en communication avec trois éléments Leclanché (1), que j'ai installés au-dessous de ma table, en reliant au moyen de fils conducteurs le pôle positif des éléments au pôle positif, et le pôle négatif au pôle négatif de l'accumulateur (2).

Cet appareil peut ainsi rester en place sans que l'on s'en occupe; au bout de quelques mois seulement, il faut ajouter un peu d'eau aux éléments Leclanché.

Ayant ainsi ma source électrique toujours prête, je n'ai qu'à attacher les fils conducteurs à l'accumulateur pour me servir de mes galvano-cautères. Quant à ces derniers, je me sers depuis quelque temps exclusivement des instruments de Voltolini, de Breslau, qui sont faciles à manier, élégants et recommandables sous tous les rapports.

Le premier mois, je me suis servi de l'accumulateur simple, sans pile Leclanché, pour quelques opérations et pour faire de nombreuses expériences, sans toutefois avoir pu constater la moindre diminution de la force électrique de l'accumulateur. Voici sommairement les opérations que j'ai pratiquées, leur diversité servira en même temps à démontrer que la force électrique de l'accumulateur n'est pas trop considérable pour empêcher l'emploi des plus petits instruments, et qu'elle est suffisante pour les plus gros : cautérisations des cornets hypertrophiés, de polypes muqueux inaccessibles à l'anse froide de racines de polypes du nez; opération à l'anse électrique d'un sarcome volumineux du nez, communiquant avec l'antre de Highmore et la cavité buccale par l'avéole de la seconde molaire; la partie du sarcome se trouvant dans la cavité nasale et sortant de la narine, fut parfaitement enlevée et le reste traité par l'ectrolyse avec des aiguilles en zinc et en fer que j'avais

(1) Au lieu de piles Leclanché on pourra employer avec le même avantage deux éléments Daniel ou Bunsen qui sont préférables pour des accumulateurs plus forts.

(2) Toute l'installation revient, y compris l'accumulateur, à 55 francs.

introduites dans la tumeur, une par le trou de l'alvéole et l'autre par la narine; ablation d'amygdales pharyngées au moyen de l'anse électrique; cautérisations de ces mêmes glandes et de végétations adénoïdes de la cavité rétro-nasale; cautérisations de la muqueuse hypertrophiée de la même cavité. Dans ces derniers cas, après quinze jours de traitement, il survint deux accidents que je n'avais jamais observés auparavant :

Une dame D..., de trente-cinq ans, atteinte d'ailleurs de hémophilie, et un jeune homme H..., de seize ans, convalescent d'une diphthérie et fort anémique, furent pris le troisième jour après une cautérisation électrique de la base du crâne et de la tonsille pharyngée, au moment où les eschares se détachaient, d'une hémorrhagie telle que je fus forcé de l'arrêter pendant la nuit au moyen de tampons imprégnés de perchlorure de fer, en faisant dans le second cas le tamponnement complet de la cavité rétro-nasale.

J'ai fait en outre des cautérisations, dans les cas de pharyngite latérale (Schmidt), l'opération d'une tumeur du larynx, se trouvant sur la paroi postérieure du larynx entre les cartilages aryténoïdes, chez un homme que j'avais traité il y a quatre ans, pour une affiction syphilitique de la gorge; à l'oreille j'ai fait deux fois la perforation du tympan avec le petit galvano-cautère de Voltolini, et j'obtins dans ce cas un succès complet: cautérisation dans la caisse du tympan de la racine d'un polype fibreux de l'oreille qui avait une longueur de 2, centimètres et demi et remplissait tout le conduit de l'oreille gauche. L'affection existait chez un étudiant en médecine de Louvoie auquel j'ai enlevé le polype avec l'anse froide.

J'ai pratiqué en outre d'autres cautérisations sur des végétations développées sur le tympan, dans le conduit auditif, etc., etc.

Enfin je suis moi-même étonné de l'usage que j'ai fait de la galvano-caustie depuis que j'ai installé mon accumulateur, surtout lorsque je me rappelle y avoir presque complètement renoncé.

MM. les professeurs Rossbach et Voltolini m'ayant, à l'occasion du congrès de Londres, fortement engagé à me servir de la batterie de Voltolini, j'ai pu, grâce à cette dernière, opérer de nouveau avec le galvano-cau-

tère, mais je dois reconnaître que le nouvel accumulateur dont je me sers est bien préférable à toutes ces batteries.

Avec ce dernier, en effet, il n'est plus besoin de s'occuper du liquide; il est inutile de regarder si rien ne manque, si l'appareil est bien entretenu pour ne pas faire défaut pendant l'opération, ce qui arrive quelquefois, etc., etc.

Je ne crois pas me tromper, si je prédis une nouvelle ère à la galvano-caustie grâce à l'accumulateur Faure; et mon but, en écrivant ces lignes, sera déjà atteint, si je sais avoir rendu un petit service à tous ceux qui se servent du galvano-cautère ou désirent employer ce nouveau mode de traitement.

D[r] L. Bayer.

Sur une disposition singulière de la partie laryngienne du cartilage thyroïde. — Ventricule antérieur supplémentaire du larynx.

par le D[r] G. Coupard, de Paris.

En pratiquant la dissection de la muqueuse du larynx, (pavillon de M. Berne, aide d'anatomie de la Faculté de Paris), nous avons remarqué au niveau de l'insertion des cordes vocales inférieures, un peu au-dessus de leur point d'attache, une particularité qui nous a paru digne d'intérêt, c'est une petite loge d'environ trois millimètres de profondeur et de deux millimètres de diamètre bilatéral, tapissée par la muqueuse comprise entre les deux feuillets du cartilage thyroïde et constituant une sorte de ventricule laryngien supplémentaire.

Comme il s'agissait d'un sujet dont nous n'avions pu apprécier les fonctions vocales, puisqu'il servait aux travaux de dissection, nous ne saurions déterminer dans quelle mesure, cette disposition anormale pouvait modifier la phonation.

Nous nous proposons de rechercher ultérieurement chez les antropomorphes de grande taille si pareille disposition est un fait soit constant, soit relativement fréquent.

Peut-être nous sera-t-il possible de rattacher à l'évolu-

tion même du larynx dans les espèces animales, l'origine de cette particularité.

Nous proposons jusqu'à nouvel ordre d'appeler *ventricule antérieur* du larynx, cette loge dont nous ignorons l'origine embryogénique et l'importance, ou au moins le rôle physiologique.

D[r] G. Coupard.

Revue Bibliographique.

Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien,

par le D[r] L. Lecointre (1).

Les paralysies isolées du muscle ary-aryténoïdien sont considérées comme très rares par les médecins spécialistes. Le docteur Lecointre a eu la bonne fortune d'en observer pourtant un certain nombre à la clinique du docteur Moure, et cela dans un laps de temps assez restreint. Aussi en a-t-il fait l'objet de sa thèse inaugurale.

A peine soupçonnée au moment où fut inventé le laryngoscope, la paralysie de l'ary-aryténoïdien n'entre dans le domaine clinique que par les observations de Duranty, Ziemssen, Poyet, Bosworth, Morell Mackensie, Elsberg, Schrötter. Dans cette Revue même le docteur Ducau en a publié une observation.

Rare chez les enfants, cette paralysie se manifeste surtout à l'âge adulte. Sur les dix cas rapportés par M. Lecointre, sept appartiennent à cette dernière catégorie.

Les deux causes généralement admises de cette affection sont l'hystérie et la laryngite catarrhale. L'auteur tend à en admettre d'autres, la syphilis, par exemple, et la tuberculose.

Les symptômes fonctionnels sont plus ou moins complets, suivant l'intensité de la lésion : altération de la voix si le muscle est simplement parésié, aphonie s'il est entièrement paralysé. Le laryngoscope fournira les symptômes physiques les plus précieux. Alors qu'en faisant prononcer au malade la voyelle *E*

(1) Thèse de doctorat, Bordeaux 1882. — Bureau De la *Revue de Laryngologie*.

les cordes vocales viennent se mettre en contact dans leurs deux tiers ou leurs trois quarts antérieurs, le tiers postérieur ou le quart restera béant suivant le degré de paralysie. C'est là un signe caractéristique qui rend facile le diagnostic différentiel.

Le traitement varie suivant la nature de la lésion. A-t-on affaire à l'hystérie? on s'adressera aux antispasmodiques. S'agit-il d'une laryngite catarrhale? on aura recours aux inhalations chaudes et stimulantes. Mais le moyen par excellence, celui qui donne les résultats les plus positifs, c'est l'électricité, surtout l'électricité portée directement sur le muscle ary-aryténoïdien et à un degré bien inférieur l'électrisation cutanée.

La thèse du docteur Lecointre qui, parmi les dix observations très nettes de paralysie de l'ary-aryténoïdien en contient quatre personnelles, demeurera une contribution utile à l'étude de cette affection peu encore connue. Dr J. L.

Contribution à l'herpès des muqueuses. De l'herpès du larynx.

par le Dr Davy (1).

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer un cas d'herpès du larynx, a choisi ce sujet pour sa thèse inaugurale.

Après avoir passé en revue les travaux des auteurs français, et laissant de côté, mais à tort selon, nous les observations récentes de provenance étrangère, M. Davy définit l'herpès du larynx une éruption sur les parois laryngées de vésicules d'herpès donnant naissance à une ulcération ou à une exsudation plastique pseudo-membraneuse. Jamais, dit l'auteur, on n'avait examiné le larynx d'un malade atteint de cette affection avant 1878. C'est M. Fernet qui en a publié la première observation. La deuxième observation serait due à l'auteur. Il a pu constater au laryngoscope une série de vésicules blanchâtres, opalines, grosses comme la tête d'une épingle et entourées d'une auréole inflammatoire; 24 ou 46 heures après, les vésicules pâlissent et disparaissent complètement, ou sont remplacées soit par des ulcérations arrondies, soit par des fausses membranes.

(1) *Thèse Paris*, 1882. Rey, 14, rue Monsieur-le-Prince.

La durée de la maladie varie entre 7 à 12 jours; la guérison en est la terminaison habituelle.

Le diagnostic est difficile si l'on ne peut se servir de laryngoscope; la coexistence d'herpès labial ou guttural; aidera beaucoup pour déterminer la nature de la maladie.

Le pronostic est bénin. Quant au traitement, l'expectation suffit, aidée de repos et de quelques boissons acidulées. Cependant la trachéotomie pourra être nécessaire si l'enfant asphyxie.

Suivent l'observation de M. Fernet et celle de l'auteur recueillies dans le service de M. Proust.

M. Davy conclut, après bien des auteurs, que certains croups bénins pourraient être dus au développement de l'herpès dans le larynx.

J. B.

L'Inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille *(Otitis labyrinthica intima)* prise par erreur pour de la méningite célébro spinale épidémique.

Die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes des Ohres (Otitis labyrinthica s. intima) irrthümlich für meningitis cerebro-spinalis epidemica gehalten.

Par le Dr R. Voltolini

Professeur à l'Université de Breslau (1).

Dans ce travail qui comporte une centaine de pages, le docteur *Voltolini* s'occupe de l'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille, prise par erreur pour de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Comme le titre de la monographie l'indique, le *professeur de Breslau* s'adresse surtout ici aux médecins praticiens, dont il veut attirer à juste titre l'attention sur une maladie qu'ils ont l'occasion d'observer dans ses premières phases, plus heureux sous ce rapport que les spécialistes. Ces derniers ne sont en effet le plus souvent consultés que quand la maladie a produit ses fatales conséquences : la surdité ou la surdimutité. Mais ils ont autant d'intérêt que les premiers à lire attentivement ce travail, où ils trouveront réunis tous les éléments de la question qui a déjà été posée et discutée

(1) Breslau, 1882.

ailleurs, dans différents traités d'otologie et lors du *Congrès de Milan*, en 1881.

La thèse que le docteur *Voltolini* s'efforce de soutenir est, en résumé, celle-ci : la méningite cérébro-spinale épidémique ne produit pas les cas de surdité ou surdi-mutité qui se rencontrent relativement souvent et dont la marche est assez rapide; c'est une inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille qui est ici en cause.

Il professe, comme on voit, sous ce rapport, une opinion opposée à celle de la plupart des médecins auristes.

Moos, dans un travail sur la méningite cérébro-spinale épidémique *(Ueber die Meningitis cerebro-spinalis epedemica von Moos)*, considère cette maladie comme la cause principale du nombre assez grand des instituts de sourds-muets qui existent maintenant.

Cet auteur cherche à expliquer la surdité persistant après cette affection, non pas tant par les modifications pathologiques qu'a subies le quatrième ventricule, mais surtout par celles du nerf acoustique lui-même.

Dans certains cas, il a trouvé ce dernier ramolli, comprimé, enveloppé de pus, ou sa gaîne était enflammée et hypérémiée. Il y aurait donc souvent ici une affection cérébrale en jeu.

Von Tröltsch est porté à croire que le quatrième ventricule est le point principal de la lésion, qui produit de là la paralysie du nerf acoustique.

Voltolini objecte à cette manière de voir que, chez des gens à audition normale ou à peu près normale, on a trouvé à l'autopsie le plancher du quatrième ventricule macéré, l'acoustique et le facial enveloppés d'exsudat.

Politzer avait prétendu, au *Congrès de Milan*, que le nerf acoustique présentait la plus grande impressionnabilité ; c'est lui qui est, en effet, le plus souvent attaqué dans les maladies infectieuses, sous l'influence des médicaments ou des modifications chimiques du sang. Mais il y a d'autres organes des sens qui sont aussi influencés dans ces circonstances ; s'il y a une surdité quinique, par exemple, il existe aussi une amaurose quinique, dont on a publié plusieurs observations dans ces derniers temps.

Il faut du reste remarquer que *Politzer* ne nie pas absolument l'existence d'une affection labyrinthique primaire ; cet

auteur cite même un cas de sa propre pratique, où un enfant devint sourd après une fièvre de courte durée. Le sujet mourut plus tard d'une péritonite ; à l'autopsie, le nerf acoustique fut trouvé normal ; le limaçon, le vestibule et les canaux demi-circulaires étaient remplis d'une masse osseuse de nouvelle formation; le tympan, de même que le marteau et l'enclume étaient mobiles.

Voltolini comprend sous le nom d'otite labyrinthique, une maladie spéciale de l'enfance, atteignant rarement les adultes. Des enfants, bien portants jusque-là, sont tout à coup atteints de maux de tête, de vomissements, de fièvre. La douleur d'oreilles n'existe pas toujours. Les malades se rétablissent après 3-8 jours, mais il reste de la surdité, qui parfois s'établit seulement plus tard. La marche tournante se perd peu à peu.

Moos, que nous citions plus haut, considère l'exsudat labyrinthique comme cause de la surdité; c'est une opinion autre que celle de *Voltolini*, parce que pour celui-là, l'exsudat se développerait par une inflammation venant des méninges. D'autres auteurs ont la même théorie; les symptômes caractérisant l'otite labyrinthique de Voltolini seraient produits par une forme abortive de la méningite cérébro-spinale épidémique. C'est cette opinion que notre auteur s'efforce de combattre ; ici se trouve la partie essentielle de son travail. Il cite, en faveur de sa manière de voir, une quantité d'arguments appuyés sur des observations nombreuses, dont il relate un certain nombre en détail.

Comme le nom l'indique du reste suffisamment, la forme abortive de la méningite cérébro-spinale épidémique est caractérisée par l'apparition de quelques symptômes seulement, tels que le vertige, la céphalalgie, la somnolence, la raideur de la nuque et souvent aussi un certain exanthème. Il faut cependant remarquer que cette forme abortive partage avec la maladie confirmée le triste apanage d'une convalescence lente et prolongée. Elle atteint également surtout les adultes et les personnes plus âgées. Elle arrive toujours dans le cours d'une épidémie; elle conserve essentiellement le caractère d'une maladie épidémique. *Voltolini* invoque souvent le témoignage de *Hirsch*, qui a fait un travail sur la méningite cérébro-spinale épidémique et dont l'autorité est à juste titre reconnue partout. De 1853 à 1881, l'auteur a observé à Bres-

lau 187 cas de la maladie qu'il nomme otite labyrinthique; ils sont survenus à des époques où il n'y avait ni à Breslau, ni en Silésie, d'épidémie de méningite cérébro-spinale. Il a fait ses premières observations alors qu'on ne parlait pas encore en Allemagne de cette dernière maladie.

Il y a du reste de grandes différences entre ces deux affections. En outre le chiffre p. 100 de ceux devenus sourds dans les épidémies de méningite cérébro-spinale ne correspond pas à la fréquence de l'inflammation du labyrinthe.

Ce qui reste seulement de l'otite labyrinthique, c'est la surdité et la marche tournante qui disparait au surplus après quelque temps. A la suite de la méningite cérébro-spinale épidémique, d'après *Hirsch*, on peut observer de la surdité, des troubles de la vue, de la paralysie ou de la faiblesse, de l'hydrocéphalie, des troubles de l'intelligence, de la céphalalgie d'une certaine durée. Il y a donc aussi ici des différences.

Nous croyons utile de donner ici au lecteur le tableau comparatif des principaux caractères de l'une et l'autre maladie.

Méningite cérébro spinale épidémique.	*Otite labyrinthique.*
1 — Ce n'est que depuis l'hiver de 1863 à 1864 que la maladie est apparue en Allemagne (on peut aussi considérer comme méningite épidémique une épidémie survenue à Würzbourg en 1851.) (voir *Hirsch*).	1 — Cette otite a déjà été observée et décrite exactement pas *Kramer* avant 1849; elle a été constatée en 1853 par *Voltolini*.
2 — C'est une maladie infectieuse, épidémique, ne venant jamais que sous forme *épidémique*.	2 — Ce n'est pas une maladie infectieuse; jusqu'à présent elle a été observée seulement sporadiquement; elle se présente dans différents endroits tous les jours.
3 — Elle attaque aussi bien les adultes que les enfants.	3 — C'est presque sans exception une maladie de l'enfance.
4 — L'organe auditif est souvent affecté dans cette maladie, mais la surdité se perd souvent et persiste rarement des deux côtés.	4 — Elle attaque toujours les deux oreilles et le plus souvent amène une surdité absolue.

5 — Souvent d'autres organes des sens sont aussi frappés, entre autres l'œil, et également d'autres régions nerveuses.

6 — Ce qui est caractéristique pour la maladie, « c'est une convalescence fort longue et difficile; elle forme un des phénomènes les plus constants dans le cours de la méningite épidémique. » (Voir *Hirsch.)*

7 — Le vomissement au début de la maladie n'est pas toujours observé.

8 — L'herpès labialis est un symptôme presque constant.

9 — La convalescence à marche lente se caractérise aussi par une grande faiblesse; aucun auteur ne signale spécialement le vertige et la marche chancelante comme succédant à la maladie.

5 — Dans aucun cas, *Voltolini* n'a observé d'autre symptôme que la surdité ou surdimutité.

6 — Dans beaucoup de cas, le processus morbide est vite terminé, parfois en 3-4 jours; il ne reste que la surdité absolue.

7 — Le vomissement ouvre presque toujours la scène.

8 — Il a été observé seulement une fois par *Voltolini.*

9 — Le plus souvent, convalescence rapide. La marche chancelante et le vertige qui se rencontrent ici sans exception pendant des mois et même des années, parlent déjà en faveur d'une affection de l'oreille et non d'une simple maladie du nerf acoustiqne audelà du rocher.

L'auteur, comme nous l'avons dit plus haut, cite un certain nombre d'observations détaillées tirées de sa pratique et destinées à confirmer sa manière de voir. Il rend compte également, à l'appui de sa thèse, de quelques cas observés par *Kramer* le fondateur de l'otologie en Allemagne, dans lesquels cet auteur a cru avoir affaire à une paralysie du nerf acoustique. Ils ont beaucoup d'analogie avec ceux de *Voltolini,* qui n'hésite pas à les considérer comme dépendant de la même cause : l'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux. Il y a également des formes abortives d'otite labyrinthique; elles se présentent avec des phénomènes insignifiants : mais il faut s'en défier, car en général la surdité persiste.

D'après la démonstration de *Voltolini* et les nombreux faits qu'il cite, la méningite cérébro-spinale épidémique ne serait pas ici en cause. Mais quelle est la lésion qui produit ces phénomènes dont la gravité n'est malheureusement que trop

vraie? L'autopsie, ce juge en dernier ressort, fait ici défaut; le corps du délit, il faut bien l'avouer, n'est pas entre nos mains. Le siège de la lésion existe-t-il uniquement ou principalement dans le labyrinthe, ce que nous sommes porté à le croire, ou bien le cerveau ou le nerf acoustique depuis son origine jusqu'au rocher, sont-ils seuls en cause?

Il faut aussi noter que la maladie siège toujours des deux côtés; l'inflammation du labyrinthe explique-t-elle mieux ce fait qu'une lésion du quatrième ventricule?

Les problèmes de la médecine doivent être poussés jusqu'aux dernières limites pour que notre esprit soit entièrement satisfait, et surtout pour que la solution donnée soit complète et vraie. C'est à cette condition seule du reste, que les faits s'imposent.

La question qu'a traitée le *savant professeur de Breslau* est, d'après ce qu'on voit, de la plus haute importance. Il y a apporté toute la compétence et toute la science que ses confrères lui reconnaissent. En attirant l'attention des médecins praticiens sur une question de pathologie d'une si grande valeur, il a rendu un signalé service à la pratique de notre art. Que nos confrères veuillent donc bien tenir compte de ses avertissements; qu'ils sachent qu'une affection qui a pour triste conséquence la surdité ou surdi-mutité, peut débuter avec des symptômes d'apparence méningitique.

La question de la thérapeutique est malheureusement fort obscure. La perspective qu'elle nous offre n'est pas souriante jusqu'au moment actuel. Le froid employé au début dans quelques cas n'a rien produit. Il est à se demander seulement s'il a été bien employé et avec assez de persévérance. *Voltolini* recommande l'emploi des antiphlogistiques de diverse nature. Il conseille d'avoir recours à l'opium avec précaution.

Tout n'est pas dit du reste là-dessus; l'observation ultérieure qui pourra être plus exacte, grâce aux connaissances que nous avons maintenant, en nous permettant d'entrer plus sûrement et plus tôt dans la voie du diagnostic, nous réserve peut-être aussi des découvertes thérapeutiques. C'est un espoir qu'aucun médecin ne doit abandonner.

Dr SCHIFFERS.

Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne,

Par le Dr Brunschvig (1).

Cette thèse renferme en quelques pages toute la question du pneumatocèle du crâne, affection rare, il est vrai.

Après avoir rapporté toutes les observations publiées par Lecat, Acrel, Lloyd, Pinet, Balassa, Jarjavay, Chevance, Voisin, Ribeiro Vianna, Thomas, Fleury, Letievant, Schmidt, Wernher, l'auteur nous fait le récit d'un cas qu'il a observé pendant son internat dans le service de M. Coutenot, à Besançon, puis il indique les travaux antérieurs au sien.

Le pneumatocèle du crâne est une tumeur gazeuse, s'accompagnant d'une lésion particulière des os sus-jacents avec localisation de l'air dans une cavité située sous le péricrâne. Le siège de cette maladie est le plus souvent au niveau des cellules mastoïdiennes, quelquefois au niveau des sinus frontaux, dans un espace limité en bas. Le gaz est-il placé sous l'aponévrose épicrânienne ou bien est-il entre le péricrâne et les os? C'est cette dernière opinion qui a prévalu. Ce gaz est produit par l'issue de l'air contenu dans les cellules mastoïdiennes ou les sinus frontaux au travers de l'os atrophié ou carié.

La tumeur qui vient saillir à l'extérieur du crâne est rose, molle, élastique, non fluctuante, quoique quelquefois elle ait donné la sensation d'une fausse fluctuation; à la percussion, elle donne un son tympanique. En comprimant la tumeur, on a pu en chasser l'air à l'intérieur; cependant cette manœuvre peut être dangereuse, car elle a été suivie parfois de suffocation et d'accès d'angoisse.

L'étiologie en est encore obscure; il faut dire cependant que la plupart des auteurs n'ont pas examiné l'oreille; sans cela ils auraient pu y constater des signes qui n'auraient pas laissé de doutes à ce sujet.

Le pronostic est bénin, en général. Quant au traitement, on a employé tour à tour la compression, la ponction, l'incision de la tumeur ou encore l'injection d'une solution iodurée dans le foyer, suivie de la compression.

J. B.

---

(1) Thèse Paris, 1883. — Rey, lib., 24, rue Monsieur-le-Prince.

Revue de la Presse

Épilepsie produite par l'hypertrophie de la muqueuse nasale, par le Dr L. Löwe de Berlin.— Un malade de la policlinique du docteur Löwe, âgé de quinze ans, était atteint d'un gonflement chronique de la muqueuse du cornet inférieur gauche. Il avait, en outre, un polype muqueux qui remplissait entièrement la partie supérieure de la narine gauche, la rhinoscopie révélait l'existence d'un gonflement de la muqueuse de la voûte du pharynx, et quelques végétations adénoïdes rondes très développées qui s'élevaient au niveau de la muqueuse tuméfiée. La mère ainsi que le malade refusèrent l'opération à cause d'attaques d'épilepsie, auxquelles le garçon était sujet. Il aurait eu, raconte la mère, les premières attaques à l'âge de deux ans (pendant sa première dentition). Elles disparurent jusqu'à l'âge de dix ans (seconde dentition), où elles se manifestèrent de nouveau à la suite d'une frayeur. Depuis cette époque elles seraient devenues de plus en plus fréquentes et depuis quelques années elles reviendraient quelquefois tous les jours. Tout traitement fut inutile et le malade devint « mélancolique ».

Löwe examine le corps et trouve en dehors d'une hypertrophie insignifiante de l'amygdale gauche et d'une déviation de la luette vers la droite, un développement plus marqué de tout le côté droit; de sorte que le côté gauche est resté, pour ainsi dire, un an en arrière. L'excitabilité réflexe de la peau et des muscles est exagérée, ainsi que celle de la muqueuse du pharynx.

On prescrit des douches nasales, à la suite desquelles les attaques cessèrent pendant huit jours, pour revenir plus fortes après; on pratiqua ensuite l'ablation du polype au moyen de l'anse galvanique, et quelques jours après, on cautérisa le cornet inférieur hypertrophié avec le galvanocautère, puis on opéra les végétations adénoïdes. Depuis lors, c'est-à-dire depuis seize mois, les attaques ont disparu; et elles ne surviennent que lorsque l'enfant a le moral fortement affecté. L'état mélancolique a également disparu.

Ces faits ne s'expliquent que par les deux raisons suivantes : 1° anomalie dans la structure du cerveau probablement dans la corne d'Ammon (Meynert) qui a été la cause prédis-

posante; 2° présence d'excroissances polypeuses du nez et du pharxnx qui ont été la cause occasionnelle.

Le docteur Loewe cite encore l'exemple d'autres névroses dont la guérison fut obtenue par celle de l'affection nasale. Il fait remarquer avec raison que l'étude des affections du nez et leur juste appréciation, permet d'éclaircir la pathologie des névroses. (*Allgem. medicin. central Zeitung*, n° 76, 1882).

L. B.

Les névroses d'origine reflexe et les affections nasales. — Contribution à la rhinochirurgie, par le docteur W. Hack, de Fribourg. — L'auteur reconnaissant la grande importance des affections nasales dans les différentes névroses, soumettait autant que possible tous ses malades, surtout ceux qui étaient fréquemment enrhumés,à l'examen rhinoscopique ; de plus, il questionnait chaque malade particulièrement pour savoir s'il n'accusait aucun des symptômes nerveux dont on connait l'origine réflexe par expérience. Si l'examen relevait quelque chose de positif, il procédait à l'examen des cavités nasales avec une attention toute spéciale.

Le résultat de cette pratique fut qu'il voyait disparaître toutes les névroses aussitôt que l'affection nasale, si petite qu'elle put être, était guérie, à moins toutefois que l'excitabilité de la partie malade diminua. Voici une série d'observations faites sur ce sujet :

1 — *Eternument spasmodique.* - Une dame en souffrait depuis vingt ans ; la cause était un gonflement et une injection singulière sous forme de taches au niveau du cornet moyen droit, qu'il traita et guérit à l'aide d'attouchements au galvano-cautère. En même temps disparaissaient des maux de tête auxquels la malade était sujette. Hack se demande à ce sujet s'il n'existe pas d'accès de migraine, dont l'origine pourrait provenir du nez (1).

2 — *Eternument spasmodique et asthme.* — Il donne la description d'un cas dans lequel existait un gonflement diffus bilatéral de la muqueuse du cornet inférieur et médian qui fut guérit au moyen du galvano-cautère;

3. — *Toux spasmodique.*— Provoquée par un polype fibreux

(1) Je pourrais pour ma part citer plusieurs faits caractéristiques venant appuyer cette supposition (Dr L. Bayer, de Bruxelles).

du volume d'un poids ; l'extirpation du polype guérit le malade de la toux qui revint avec la formation d'un second polype au même point. Cette fois-ci l'extirpation et la cautérisation de la base du polype délivrèrent le malade de son affection pour toujours. Le cas est intéressant comme preuve de l'action réflexe sur le nerf vague.

4. — *Scotome vacillant et névralgie sus-orbitaire.* — Il s'agit d'un malade qui fut complètement guéri par la cautérisation au galvano-cautère d'un petit amas de granulations d'un rouge clair, qui étaient d'une sensibilité excessive à l'attouchement avec la sonde.

Il est à remarquer que les attaques étaient bilatérales, et l'affection du nez unilatérale. L'auteur, se basant sur des faits analogues, suppose que l'on pourrait trouver des cas d'amblyopie et d'amaurose du même origine.

5. — *Névralgie ciliaire provoquée par des polypes du nez.* — Extirpation ; guérison.

6. — *Blepharalgie* (Douleurs dans les paupières). — Un malade, qui avait des rhumes fréquents, souffrait de douleurs excessivement désagréables dans le coin de l'œil droit; douleurs s'irradiant vers la paupière supérieure et inférieure. La cause était un gonflement considérable de la muqueuse nasale, gonflement qui disparut sous l'influence de cautérisations au galvano-cautère.

7.—*Céphalalgie* (Sensation d'une pression sourde permanente et de douleur dans la partie frontale de la tête). — Deux cas : le premier malade éprouvait, en outre, une douleur violente allant de la racine du nez en arrière et suivant la base du crâne. Hack constate une hypertrophie du cornet moyen droit et l'exisence d'un petit polype de la grosseur d'une noisette situé à l'orifice postérieur de la narine gauche. Ablation du polype et cautérisation du cornet au galvano-cautère; guérison complète.

Dans le second cas, une masse de polypes de différents volumes avait produit, en dehors des symptômes ci-dessus mentionnés, une perte de la mémoire et un tel découragement, que le malade se trouvait dans un état de véritable mélancolie. La découverte des polypes et leur extirpation suffirent pour lui rendre la santé au moral et au physique.

8.— *Prosopalgie.* — L'auteur cite un fait concernant une dame atteinte dans tout le côté droit d'un tic douloureux, qui

se transforma plus tard en une douleur violente au niveau du front. Hack trouva la surface du cornet moyen droit singulièrement granulée, comme tapissée par une quantité de papillomes; la narine gauche était intacte. La cautérisation énergique au galvano-cautère à plusieurs reprises mit fin aux souffrances de la malade.

Après avoir discuté toutes ces affections, Hack traite en terminant des névroses réflexes d'origine retro-nasale.

9. — *Des accès de spasme de la glotte* étaient provoqués chez un médecin par une hypérémie de la muqueuse retro-nasale avec amas de mucosité. Des badigeonnages répétés avec une solution de nitrate d'argent suffirent pour obtenir la guérison.

10. — *Toux pharyngée et vomituritions.* — (Sujet choisi parmi plusieurs) : un médecin ayant un excellent estomac était tourmenté par une sensation continuelle de corps étrangers au niveau du pharynx et des nausées fréquentes. L'examen démontra l'existence de granulations rouges formant des bourrelets épais remontant derrière les amygdales dans la cavité rétro-nasale. La destruction de ces petites tumeurs avec galvano-cautère débarassa rapidement le malade.

11. — *Épilepsie.* — Un cas où des granulations du pharynx, produisant une sensation de corps étrangers et une secrétion abondante de mucosité étaient la cause des accès. Hack n'eut qu'une seule fois l'occasion de faire une cautérisation énergique au nitrate d'argent qui augmentait les premiers huit jours les accès d'épilepsieet les fit même revenir journellement; mais ensuite ils ne se montrèrent que tous les trois mois. Le cas concluant du docteur Löwe, deBerlin (dont nous venons de parler), confirme entièrement la supposition du docteur Hack, que « l'épilepsie réflexe pourrait avoir quelquefois sa source dans une affection nasale ou rétro-nasale ».

Du reste on a déjà signalé nne certaine relation entre l'épilepsie et l'asthme.

L'auteur termine son article par la conclusion suivante : « Il est un fait acquis (Schwalbe, Axel Rey et Retzius) qu'il existe une communication directe entre la muqueuse nasale et les espaces cérébraux remplis de liquide cérébro-spinal (espaces qui se trouvent au-dessous de la pie-mère et de l'arachnoïde). Si l'on est tenté d'admettre qu'à l'état physiologique ces voies pourraient servir à régler la pression du liquide

cérébro-spinal, il n'est pas moins plausible, que l'obstruction de ces dernières pourrait occasionner une augmentation de cette pression et par suite des souffrances guérissables par le traitement de l'affection nasale..... Il résulte de mes observations, ajoute-t-il, que des affections nasales légères, sans symptômes saillants, peuvent être accompagnés de névroses graves et dans ces cas, il n'y a guère de thérapeutique plus efficace que le traitement chirurgical. (*Berliner Klin. Wochensch.* n° 25, 1882).

L. B.

Observations de maladies du nez et du palais (*Cases of nasal and palatal disease*). — Le docteur Carl Seiler présente d'abord aux membres de la « *Philadelphia county médical society* », un cas de division congénitale de la voute palatine.

Il existait chez le même malade deux tumeurs faisant saillie au niveau de la partie postérieure du cornet inférieur de chaque côté et venant obstruer l'orifice postérieur des fosses nasales, rendant ainsi la respiration par le nez difficile. L'une des tumeurs fut enlevée avec le serre-nœud de Jarvis, l'autre était encore en place.

Le second malade est atteint d'ulcérations syphilitiques de la voûte palatine et du nez. L'auteur dit avoir traité l'affection par le raclage des rugosités de la voûte osseuse du palais et des applications d'iodoforme sur l'ulcère. Sous l'influence combinée de ce traitement local et l'administration d'iodure et de mercure à l'intérieur, le malade guérit rapidement. (*Philadelph, med. Times,* 30 Décembre, 1882).

Du spasme respiratoire et du spasme phonique de la glotte, par W. Hack. — L'auteur donne la description de quatre cas de ce genre dont deux représentent le spasme respiratoire, deux le spasme phonique. Dans chacun de ces deux groupes l'affection était due à la contraction spasmodique d'un seul muscle, l'un de deux adducteurs, le latéral et l'interne.

D'après l'auteur, cette observation aurait une importance particulière pour le spasme respiratoire; en effet, la glotte n'étant pas complètement fermée, l'excitabilité des centres nerveux qui sont en activité, est maintenue par la quantité minime d'air qui peut encore passer mais cette dernière étant insuffisante pour fournir l'oxygène nécessaire à la vie

finirait par devenir funeste. Aussi un spasme partiel reclame-t-il des secours rapides, tels que le tubage du larynx ou la trachéotomie, tandis que le spasme respiratoire complet cessera en général spontanément. Hack est d'avis que ces sortes de spasmes sont provoqués par un effort de l'un ou l'autre des adducteurs, pendant que les autres muscles sont à peu près parésiés à la suite d'un catarrhe. Il croit pouvoir expliquer de la même manière bon nombre de cas de laryngite striduleuse. (*Wien. med. Wochenschr.* 1882, n° 25, et *Centralbl. f. med. Wissenschfaten*, n° 38, 1882.)

L. B.

Contribution à l'étude du croup des bronches; de son rapport avec le pemphygus de la muqueuse; description de cas, par Mader. — Un homme de cinquante-huit ans contracta, au printemps 1876, un rhume chronique accompagné d'une sécrétion aqueuse abondante. Le rhume était d'une tenacité extrême, le malade ne pouvait respirer par le nez. Un an après survint peu à peu une irritabilité des yeux, surtout pour la lumière artificielle, et du larmoiement. La conjonctive était tuméfiée et parsemée de petites tuméfactions arrondies de la grosseur d'un grain de chanvre. L'imperméabilité du nez ne fit qu'augmenter et, peu de temps après, on apercevait sur la muqueuse nasale quelques petites plaques rondes et l'on vit apparaître sur la peau de petites bulles de pemphygus qui guérirent rapidement, mais revinrent par intervalles. Plus tard on constata la même affection dans la cavité buccale et dans le pharynx.

Au commencement de l'année 1878, le larynx fut pris à son tour la voix devint rauque, il y eut de là dyspnée et expectoration de membranes croupales, formant des ramifications moulées sur l'arbre bronchique. Ces symptômes se renouvelèrent de temps à autre; puis, survint un symblepharon; les cornées étaient mates, ulcérées à leur surface; la vue était affaiblie. Vers la base de la langue et sur la paroi postérieure du pharynx, l'examen laryngoscopique démontra l'existence d'exsudations membraneuses, d'un blanc jaunâtre, formant des îlots et s'élevant au-dessus du niveau de la muqueuse qui ne paraît pas altérée; la ressemblance avec les membranes expectorées, dont nous venons de parler, était frappante. Une membrane épaisse de la même nature donnait

à la surface antérieure de l'épiglotte un aspect inégal et entourait les bords comme d'un bourrelet. Cet opercule était raide et presque immobile; les plaques se trouvaient sur les cartilages aryténoïdes et sur la surface postérieure de l'épiglotte. L'auteur pouvant assister à la transformation des bulles de pemphigus en plaques blanches, dans la cavité buccale et dans le pharynx, il est évident que le même processus avait lieu dans le larynx bien qu'il ne fut pas aussi facile de s'en convaincre. La maladie ne faisait qu'augmenter et le patient succomba quatre ans après le commencement de l'affection à une pneumonie hypostatique.

L'auteur essaie de prouver que non seulement le cas dont il vient de parler représente un pemphigus des bronches, mais qu'il en est de même des autres cas de bronchites pseudo-membraneuses (bronchite fibrineuse), par la simple raison que l'apparition isolée du pemphigus a été observée à plusieurs reprises, et qu'il y a même des cas où les récidives se sont faites sur les mêmes points par exemple, la cavité buccale.

Cependant, dans aucun cas de bronchite pseudo-membraneuse publié jusqu'ici, on n'avait observé de pemphigus.

A la fin de son article, l'auteur fait la communication d'un autre cas de pemphigus aigu, chez une malade qui était morte en suite de paramétrite et de périmétrite suppurée. (*Wien. medec. Wochenschr.* 1882, n° 11 à 14 et *Centr. f. med. Wissensch.*, n° 38, 1882).

L. B.

Du traitement du goître à l'aide d'injections parenchymateuses d'arsénic, par le Docteur E. Grummach. — L'auteur a traité 100 malades atteints de goître à l'aide d'injections parenchymateuses de la solution suivante :

Liq., arséniate de soude..................	1
Eau distillée............................	3

en injectant deux à trois fois par semaine la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz.

Après dix à 12 injections, il avait généralement obtenu une diminution de 2 à 4 centimètres dans la périphérie du cou et une amélioration notable des symptômes subjectifs.

L'auteur fait suivre ses remarques de l'exposé de quelques observations. (*Berlin. Klin. Wochenschr.* n° 32, 1882).

L. B.

Abcès froid péri-laryngien simulant un kyste médian du cou. — Observation de M. Picqué, chef de clinique du professeur Gosselin. — L'observation dont il s'agit est celle d'un malade, entré dans le service porteur d'une tuméfaction siégeant au niveau de l'échancrure supérieure du cartilage thyroïde, tuméfaction arrondie, d'apparence kystique, débordant également de tous les côtés de l'échancrure thyroïde sans arriver jusqu'à l'os hyoïde. La peau, non modifiée, glisse facilement sur elle.

A l'examen laryngoscopique, muqueuse rouge sombre sans bourgeons; au niveau du repli aryténo-épiglottique droit et à la face interne, une ulcération à bords irréguliers non décollés, à fond recouvert d'un enduit d'apparence pultacée. Ni douleur, ni troubles respiratoires.

L'état général était celui d'un individu commençant à se tuberculiser.

Traitement : ponction exploratrice donnant issue à un liquide purulent, suivis d'une large incision; puis lavages antiseptiques et introduction de crayons d'iodoforme. Le malade sort avant la guérison locale.

Le diagnostic et le traitement de cette affection offrent de l'intérêt.

Le siège de la lésion empêche d'admettre un kyste de la bourse séreuse thyro-hyoïdienne de Boyer ou des ganglions lymphatiques de la membrane crico-tyroïdienne. M. Picqué accepte l'hypothèse d'une périchondrite tuberculeuse consécutive à une laryngite de même nature et par suite préconise, au point de vue thérapeutique, la méthode de curage si utilement employée contre les abcès froids qui eût été employée si le malade n'avait pas quitté le service. (*Gazette médicale de Paris*, nº 43, p. 537).

La trachéotomie dans la tuberculose laryngée; (*La traqueotomia en la tuberculosis laringea*). — Le docteur Ariza, auteur de l'article, s'attache à rechercher les indications de la trachéotomie dans ce cas particulier. Il se plaint, peut-être à tort, de ce que cette délicate question ait été laissée de côté par les spécialistes. Pour lui, il ne voit que dans la forme hypertrophique et végétante de la tuberculose laryngée, l'indication presqu'exclusive de l'opération. (Cette tuberculose a pour signes pathognomoniques, l'hypertrophie des aryténoïdes et les ulcérations). Encore doit-elle être toujours proposée

comme un moyen de prolonger la vie du malade. Contrairement à l'opinion de Sertkowski, Ripley, Robinson, le docteur Ariza ne la considère utile qu'à ce point de vue ; il ne l'admet pas comme moyen curatif. Encore ne faut-il pas oublier qu'elle donne parfois un coup de fouet à l'infection générale et stimule la diathèse. (*El siglo médico*, n° 1520, p. 87, 1883).

Présentation d'un cadavre d'enfant, né avant le terme, offrant une série de monstruosités rares, par le professeur Chiari. — Les anomalies les plus importantes sont l'atrésie des paupières gauches et du larynx. Il y avait occlusion complète de ce dernier organe depuis les replis ventriculaires jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, de sorte qu'il était impossible de passer dans cet organe, même avec la sonde la plus fine.

Chiari ne se prononce pas définitivement sur ce fait, parce que l'on n'a pas encore signalé de cas analogue.

S'agit-il d'une soudure épithéliale de la cavité laryngée, analogue à ce qu'à décrit Roth. L'auteur se propose de revenir sur ce sujet, quand il en aura terminé l'examen histologique. (*Wien. medic. Presse* n° 45, 1882).

L. B.

Du diapason comme élément de diagnostic des maladies de l'oreille (*The use of the tunning fork in the diagnostic of ear diseases*), par Oren D. Pomeroy.— Le diapason est entré dans la pratique courante comme un auxiliaire utile au diagnostic des affections profondes de l'oreille. Le docteur Pomeroy, dans son article du *Deuver medical Times*, expose les résultats que l'on obtient par ce moyen d'investigation.

Et d'abord, de quelle sorte de diapason doit-on se servir? Les variétés en usage sont considérables; la plus en vogue est celle de Politzer qui donne 512 vibrations par seconde et mesure huit pouces de longueur. Des curseurs peuvent y être adaptés pour élever les tons.

Le docteur Blake, de Boston, se sert d'un diapason auquel est adapté un marteau qu'un ressort d'acier permet d'écarter à une distance variable.

Dans la pratique, il est bon de dire que nombre de médecins auristes se passent de ces diapasons à curseur ou marteau.

Le diapason est employé pour établir le diagnostic différen-

tiel des maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe. On l'applique sur les dents, sur la nuque, sur les tempes, sur le vertex, sur les apophyses mastoïdes et sur le pourtour de l'oreille.

Si l'oreille est normale, le diapason placé sur les incisives médianes, sur le milieu du vertex est également bien entendu des deux côtés. Sur l'apophyse mastoïde, il est mieux entendu de l'oreille du côté correspondant. Il est moins bien perçu quand il est placé en face du méat que mis sur le crâne ou les dents.

Un fait important, découvert par Archer, vérifié par Andrews et Pomeroy, est que le conduit auditif d'un côté étant fermé, soit par le doigt, soit par la main appliquée contre le pavillon (la pression doit être modérée, car avec une pression trop grande le phénomène ne se produit pas), le diapason est mieux transmis de ce même côté.

L'explication la plus satisfaisante de ce fait est celle donnée par Politzer et Hack.

D'après eux, les ondes sonores, arrêtées dans leur passage au dehors par le conduit auditif externe, se repercutent et frappent avec plus d'intensité le nerf auditif. Une lésion de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, interceptant les ondes sonores produites par le diapason, donnent lieu à un résultat analogue, et l'oreille malade percevra le diapason mieux que l'oreille saine.

Lorsque le diapason est mal perçu et même ne l'est pas du tout, l'on a affaire à une lésion siégeant au de-là de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

En résumé, l'on peut dire que le diapason est perçu par l'intermédiaire des os : *mieux* dans les maladies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne; *plus mal* dans celles de l'oreille interne (*Revue méd. franç. et étrang.* nº 5, 1883).

Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif, par M. le professeur Vulpian. — La plupart des expériences de cette nature avaient été faites jusqu'ici, à l'exemple de Flourens qui avait le premier découvert la relation des lésions de l'oreille interne avec certains troubles du mouvement, sur des oiseaux. M. Vulpian a expérimenté sur des mammifères en introduisant certains liquides dans l'oreille.

Après que l'on a versé quelques gouttes d'une solution

aqueuse de chloral hydraté à 25 grammes pour 100, voici la succession des troubles constatés. Légères irritations traduite par de l'agitation, oscillations de la tête, incertitude dans les mouvements rotations de la tête autour de l'axe du cou, la joue du côté opérée étant dirigée en bas vers le sol et l'autre joue en haut; puis l'animal tourne en roulant sur lui-même avec impétuosité. Les muscles de la face du côté opéré sont et restent seuls paralysés. Les phénomènes morbides s'affaiblissent peu à peu.

L'examen des oreilles a montré que celle du côté non opéré offrait un certain degré de congestion. Du côté opéré on a trouvé la membrane du tympan détruite, l'oreille moyenne remplie de pus, les membranes en voie de suppuration. Aucune lésion encéphalique; le nerf facial seul altéré.

La solution de chloral versée dans les deux oreilles a donné lieu à des phénomènes différents.

Au lieu de la rotation en manège autour de l'axe longitudinal c'est une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons qui a été constatée. Paralysie de la face des deux côtés.

Ces expériences ont été faites sur des lapins. Pour M. Vulpian les phénomènes morbides précités sont dûs à la pénétration du chloral jusqu'aux canaux semi-circulaires et au limaçon et l'intensité des phénomènes moteurs reconnait pour cause l'irritation des parties profondes, notamment du vestibule et des canaux semi-circulaires (*Académie des Sciences. — Séance du 8 janvier 1883*).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Allan Jamieson. — Du traitement de l'angine diphtéritique. (*Edimburgh med. Journ.*, Décembre 1882).

Andradas — De l'excision des amygdales. (*El siglo med.*, 28 Janvier 1883).

Folet. — Polype naso-pharyngien. (*Bullet. med du Nord*, t. XXI, n° 11 et 12, p. 336).

Heymann. — Présentation à la Société des médecins Berlinois, d'un cas d'adhérence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. (*Berliner Klin. Woehenschr.*, nos 25 et 26, 1882).

Lachlan Tyla. — Abcès rétro-pharyngien. (*The med. Rec.*, 2 Septembre 1882).

Schalle (de Hambourg). — Du traitement des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, Novembre et Décembre 1882).

Nez.

BOSWORTH. — Des polypes du nez *(The med. Rec.*, 13 janvier 1883).

CARL SEILER. — Des mauvais effets de la douche nasale *(Philadelphia med. Times*, 26 août 1882).

CRESWELL BABER. — Observations de polypes du nez faisant saillie dans la cavité naso-pharyngienne. *(The Lancet*, 27 janvier 1883).

GOTTSTEIN. — Du tamponnement sec temporaire du nez et le professeur Wolkmann (réclamation de priorité). *(Berlin Klin. Wochensch.*, nº 36. 1882).

PELTIER. — Polype fibro-muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales. *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, septembre 1882).

Larynx.

AMORY (de Blois). — Une nouvelle pince laryngienne *(Philadelph. med. Times*, 9 Septembre 1882).

CRONIN. — De la production de la voix *(The med. Rec.*, 19 Août 1882).

GOUGUENHEIM. — Hypéresthésie et spasme du larynx *(Progr. med.*, 10 Février 1883).

GREEN. — Gangrène de la gorge *(The Saint-Louis, med. surg. and journ.*, Juillet 1882).

KAUMEDER. — Sur le mécanisme des lésions du larynx et de l'os hyoïde produites par la strangulation *(Wien. med. Blatter.*, 1882, nos 24 et 25 et *Centrabl. f. die med. Wissensch.*, nº 46, 1882).

KRISHABER. — La glotte au point de vue des troubles respiratoires survenus chez l'adulte *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, septembre, 1882).

MARTEL. — Paralysie de l'ary-aryténoïdien *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.*,) novembre 1882).

KRISHABER. — Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico thyroïdienne *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.*,) novembre 1882).

MARTEL. — Observation d'aphonie simulée *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1882).

SOTA Y LASTRA. — Extirpation du larynx *(Annales de Otol. y Laryngol.*,) Madrid, nº 2, 1883).

Oreilles

ABBOTT (George). — Une nouvelle pince à oreille *(The Lancet*, 26 Août 1882).

BEVERLEY ROBINSON. — Surdi-mutité avec rétraction de la partie supérieure et inférieure du pharynx, probablement à la suite de syphilis congénitale. *(The med Rec.* 6 janv. 1883).

BOETTCHER. — Cotugno, l'acqueduc du vestibule, et de quelques auteurs qui ont étudié la paroi du labyrinthe. *(Arch. f. Ohrenh*, 5 décembre 1882).

BOUDET DE PARIS. — Détermination de la sensibilité auditive. *(Ann. des mal. de l'oreille et du lar.* Décembre 1882).

BRANDEIS (Richard). — Deux cas de bourdonnements d'oreille occasionnés par un trouble dans la circulation des vaisseaux du cou *(Zeitsch f. Ohrenh.*, 31 août 1882).

BRANDEIS (Richard). — Otite moyenne catarrhale, bruit subjectifs d'origine nerveuse contraction spasmodique des muscles des trompes. *(Zeitsch. f. Ohrenh*, 25 octobre 1882).

BURCKNER. — Des progrès de la thérapeutique auriculaire dans les dix dernières années, 1870 à 1879 *(Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

BURCKNER. — Suite a mon essai sur l'application du régulateur du calori-

que de Leiter dans le traitement des maladies de l'oreille. (*Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

Dubranle. — Suppléance de l'ouïe chez les sourds par la lecture sur les lèvres (*Trib. med.* 11 février 1883).

Emmunds. — Un cas de maladie de l'oreille avec abcès du cerveau; trépanation (*Brit. med. journ.* 17 février 1883).

Jacob. — Abcès du cerveau à la suite de maladie de l'oreille (*Brit. med. journ.* 3 février 1883).

Jacobson. — Rapport sur les malades traités ou examinés du 1er novembre 1877 jusqu'au 1er avril 1881, à la policlinique Otiatrique du professeur Lucœ (*Arch. f. Ohrenh.*, 13 Juillet 1882).

Kiesselbagh — Essai de prothèse d'un conduit auditif dans un cas de déformation co génitale des deux pavillons avec avec absence de conduits (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

Kirk-Ducanson. — Examen des sourds-muets (*Edimburgh med. Journ.*, Novembre et Décembre 1882).

Lucœ. — Des appareils de désinfection dans l'application de la douche d'air (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

Lucœ. — Rapport sur la section des maladies de l'oreille au Congrès international de Londres en 1881. (*Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

Urbantschitsch. — Un cas d'anesthésie des fibres périphériques de la corde du tympan avec altération du goût et la sensibilité, occasionnés par l'excitation du noyau d'origine de la corde du tympan (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 décembre 1882).

Pollak. — Traitement de l'otorrhée (*Philadelphia med. Times*, 9 septembre 1882).

Wagenhaüser. — Contribution à l'étude anatomique du temporal chez l'enfant. (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

Wagenhaüser. — Rapport sur la policlinique universitaire des maladies d'oreilles en 1880-81. (*Arch. of. Ohrenh.*, 13 Juillet 1882).

Varia.

Adjutor Rattel. — Note d'histoire et de bibliographie. (*Ann. des mal. de l'oreille et du lar.* Novembre 1882).

Boret. — Observation d'extirpation de goîtres faites depuis l'année 1877. (*Correspd. f. Schweit. Aers.* nº 13, 1882).

Bruce (Robert). — Corps étrangers des voies aériennes. (*The Lancet*, 17 Février, 1883).

Busch. — De l'œsophagite chez les enfants. (*The méd. Rec.*, 13 Janvier 1883).

Gomez-Garan. — Corps étrangers de l'oreille. (*Annales de Otol. y laring.* Madrid nº 2, 1883).

Kishaber. — Du cancer du corps thyroïde. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar*, Novembre 1883.)

Lucæ. — De l'hémorrhagie et de l'inflammation hémorrhagique du labyrinthe de l'oreille chez l'enfant. (*Centiabl. f. die med. Wiss.*, nº 46, 1886 et *Vischow's Arch.* LXXXVIII p. 556).

Reismann — Un cas d'hypéresthésie cérébrale chronique, de contracture, de paralysie, d'aphasie et amblyopie, survenus douze ans après une blessure du crâne. (*Berlin., Klin. Wochensch.*, nº 28, 188 .)

Williams. — Toux par irritation réflexe (*Saint-Louis med. et Surg. journ.* Juillet 1882, p. 56.)

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier, rue Cabirol, 1